

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

334

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Juin 1906, à 1 heure

PAR

Etienne BOURGOIX

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur d'Accouchement

à la Maternité de Lariboisière

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

LA

Consultation de Nourrissons à l'Hôpital Lariboisière

Président : M. BUDIN, professeur

Juges { *MM. DE LAPERSONNE, professeur*
GILBERT, professeur
CARNOT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

—
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	SEGOND.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
Clinique médicale.....	ROGER.
Maladies des enfants.....	HAYEM
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux.....	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GAUCHER.
Clinique d'accouchements.....	RAYMOND
Clinique gynécologique.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....	TERRIER.
Clinique thérapeutique.....	BERGER.
	RECLUS.
	DE LAPERRONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMLIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR BONNAIRE

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Accoucheur de la Maternité de l'hôpital Lariboisière
(Clinique annexe de la Faculté)
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR PIERRE BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

La Consultation de Nourrissons

A

L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

INTRODUCTION

L'article 2 des statuts de la Ligue contre la mortalité infantile est ainsi conçu :

« La Ligue fera tous ses efforts pour répandre les notions d'hygiène infantile et d'élevage rationnel des enfants du premier âge... elle prendra, en un mot, toutes les mesures utiles de propagande et de vulgarisation. »

Les consultations de nourrissons, conception merveilleuse et chef-d'œuvre du professeur Budin, constituent un des plus puissants moyens d'action dont dispose la Ligue que nous venons de nommer pour faire connaître certaines vérités, diffuser les connaissances nécessaires et organiser d'une façon pratique

et efficace la lutte entreprise contre la mortalité infantile. Leur essor prodigieux et les réels et non moins prodigieux services qu'elles rendent ont démontré depuis longtemps leur incontestable utilité, tout en faisant leur plus bel éloge. « Tous les jours, remarque M. Devraigne (*Presse médic.*, 21 octobre 1905), on apprend de tous les points du globe, grâce à une bienfaisante contagion, la création de consultations de nourrissons. »

Il s'agit donc d'une question d'actualité, et ce modeste travail a pour but de faire connaître l'existence et le fonctionnement d'une de ces consultations. Née un peu tard, au gré de son fondateur, dans l'hôpital Lariboisière, elle est entrée dans sa troisième année d'existence (19 juin 1906).

Cette maternité, avec les 2.800 accouchements annuels de ses deux services intus et extra, compte parmi les plus actives. Recrutant sa clientèle parmi la population si dense des quartiers de Clignancourt, de la Goutte-d'Or, de la Chapelle, cette consultation ne demande comme tant d'autres qu'à vivre, à prospérer, et à être utile. Nous avons eu la bonne fortune d'assister à sa naissance et de pouvoir suivre son développement pendant deux ans, grâce à la bienveillance de notre maître, le Dr Bonnaire, qui nous confia d'une façon spéciale le service de la consultation pendant l'année d'externat que nous passâmes dans son service, et qui nous permit l'année suivante, de revenir chaque dimanche voir « nos petits clients ». Le sujet de notre thèse inaugurale était dès

lors tout indiqué. Déjà intéressé au plus haut degré, après la lecture des travaux de nos maîtres et des compte-rendus relatifs à la question, par cette partie si intéressante de la médecine qu'est la puériculture, c'est-à-dire l'art d'élever les enfants, il nous a été particulièrement agréable et utile d'assister pendant deux ans à une véritable leçon de choses, de suivre pas à pas le développement, la croissance de petits êtres que pour la plupart nous avons vus naître dans le service, ou que les mères nous amenaient dès leurs premières semaines.

Nous osons dire que les pages qui suivent ont été « vécues » avant d'être écrites, et nous n'y chercherons pas d'autre mérite. Au Dr Bonnaire qui les inspira, nous les offrons comme gage de notre vive et sincère reconnaissance.

Nous sentons le grand honneur que nous a fait le professeur Budin en acceptant la présidence de cette thèse, et nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude ; nous aurions voulu nous montrer plus digne de sa bienveillance, en traitant d'une façon moins imparfaite un sujet qu'il a tant à cœur.

Il nous reste aussi l'agréable devoir à remplir, d'adresser nos remerciements émus à ceux qui ont dirigé nos pas au début de nos études médicales, au professeur Berger et à M. le Dr Fernet, nos premiers maîtres en chirurgie et en médecine à l'hôpital Beaujon.

A peine venions-nous d'être reçu au Concours de

l'Externat que le D^r Courtois-Suffit voulut bien nous accueillir dans son service de la Maison municipale de santé ; ses causeries quotidiennes, courtes mais enjouées, dont le ton amical était loin de nuire à l'utilité pratique, sont restées bien gravées dans notre esprit.

Puis ce fut M. le D^r J. Darier qui se chargea de compléter nos connaissances en médecine générale, en même temps qu'il nous initiait aux difficultés de la dermatologie, dont il est un des maîtres incontestés. La consultation externe des maladies de la peau qu'il dirigeait alors à la Pitié, deux fois par semaine, les trente lits spécialement réservés dans son service à ce genre d'affections, les « petites opérations » du mardi, ses conférences du samedi aussi lumineuses que les projections qui les accompagnaient, tout fut pour notre maître la source d'un enseignement fécond, dont nous lui sommes profondément reconnaissant, ainsi que de sa bienveillance particulière à notre égard.

Nous essaierons d'indiquer, en deux mots bien courts, mais expressifs à notre avis, ce que nous devons à l'un des chirurgiens actuels de l'Hôtel-Dieu, à notre maître Aimé Guinard : nous eûmes le bonheur d'être, à la Maison Dubois, son élève et son opéré ; qu'il voie dans ces lignes un sincère, mais trop faible témoignage de notre vive gratitude.

A l'hôpital Trousseau, le D^r L. Guinon sut nous captiver par son enseignement clinique et thérapeutique au lit des petits malades. Il sut mettre à notre

profit les ressources dont il disposait, en nous faisant passer successivement, pendant le trop court séjour que nous fîmes près de lui, dans le service de médecine générale, à la crèche (sous la direction du Dr L. G. Simon) au pavillon des « douteux » et à celui de la diphtérie, pendant qu'à la consultation externe, le Dr J. Renault était pour nous un guide aimable et sûr.

Notre année d'externat à la maternité de Lariboisière nous permit alors de continuer nos études de prédilection sur les enfants, ou pour mieux dire de les commencer *ab ovo*, pendant que le Dr Bonnaire nous enseignait l'obstétrique théorique et pratique avec le talent dont il a le secret. Outre la consultation de nourrissons, il nous chargea des fonctions de moniteur, auprès des stagiaires de la Faculté, fonctions dont un de ses assistants le Dr L. Dubrisay, nous avait déjà investi auprès des auditeurs du cours de vacances qu'il professe, au mois de septembre et à Pâques, à l'Hôtel des Sociétés Savantes. Or « tel cuide enseigner autrui qui souvent s'enseigne soi-même » et la bienveillance de notre maître et celle du Dr Dubrisay nous permit de constater combien était juste cette sentence.

Les remerciements que nous leur exprimons ici sont peu de chose, eu égard à la dette de reconnaissance que nous avons contractée. Nous ne saurions oublier le Dr Rouquès, notre aimable éducateur à la Consultation de gynécologie, ni les Drs Keim et Schwab, toujours empressés à nous instruire.

Puis, lorsqu'il nous fallut quitter Larihoisière, nous eûmes la bonne fortune de retrouver le Dr L.-G. Simon à la Consultation de médecine de l'hôpital Bichat, dont il était alors chargé. Sous son amicale direction nous eûmes l'occasion de faire une revision pratique des connaissances diverses que nous avions pu acquérir au cours de nos études, en attendant l'arrivée à Bichat du Dr Enriquez, notre dernier maître dans l'ordre chronologique, mais non dans notre souvenir. Nous n'oublions pas l'intérêt qu'il nous porta, non plus que ses intéressantes leçons sur les maladies de l'estomac, et nous l'avons félicité à regret de sa nomination comme médecin consultant de l'Hôtel-Dieu, car ce départ eut pour nous la conséquence d'une séparation prématurée.

Que tous ceux qui ont participé à notre instruction médicale ou rendu de signalés services reçoivent ici nos meilleurs remerciements. Nous nous plaisons à citer les noms du Dr Guibé, chef de clinique à la Faculté, des Drs Digne, Calvé, Capette, Devraigne, anciens internes des hôpitaux, de Risacher notre collègue à la maison Dubois, et plus particulièrement du Dr F. Le Gros, un ami dévoué de la première heure... et des années suivantes.

Coup d'œil général sur l'utilité des Consultations de nourrissons

*« Tout est dit depuis six mille
ans qu'il y a des hommes et
qui pensent ».*

LA BRUYÈRE

La question de la mortalité infantile a pris ces dernières années une importance telle qu'elle semble être l'unique question sociale. Médecins ou hygiénistes, philanthropes ou hommes d'Etat s'en sont préoccupés à divers titres, et ont cherché la meilleure solution qu'il conviendrait d'apporter au problème. Le nombre des conférences et des discussions, des rapports et des ouvrages qui ont trait à la question, le nombre même des thèses publiées à la Faculté de médecine pourrait nous convaincre que tout est dit à ce sujet.

Nous n'hésitons pas cependant, au début de cette thèse, à rappeler quelques vérités élémentaires, heureusement devenues des axiomes pour la grande majorité des médecins et des philanthropes, grâce à l'autorité, au talent et surtout à la persévérance de ceux qui les ont entrevues et démontrées, mais vérités qui, « comme toutes les grandes idées humanitaires, sont toujours plus lentes à pénétrer dans l'esprit des peuples que les idées de destruction et de guerre. »

On a bien souvent écrit et répété que les statistiques ne prouvaient pas toujours grand chose, qu'elles étaient la plupart du temps ce que leurs auteurs désiraient qu'elles fussent, c'est-à-dire un argument pour les besoins de leur cause, plutôt que l'expression exacte de la réalité.

Quoi qu'il en soit, il est des chiffres qu'on n'invente pas ; il est des conclusions qui s'imposent à l'esprit même prévenu. Si la statistique aux nombres arides nous effraie parfois par les résultats qu'elle nous découvre, qu'elle nous fait défiler sous les yeux et toucher pour ainsi dire du doigt, elle peut aussi nous indiquer le remède à côté du mal, elle peut nous rassurer et nous encourager.

Les mots (et à plus forte raison les chiffres) s'envolent, mais les écrits restent. La statistique a permis de constater « le péril national qu'est devenue la dépopulation en France », et nous croyons utile de transcrire ici quelques-uns de ces chiffres trop instructifs.

Avant la Consultation

En 1890, il mourait 876.229 Français de tout âge, tandis que 838.505 enfants seulement venaient au monde.

En 1900, le chiffre des naissances était de 827.297 ; celui des décès de 853.285. D'après la statistique parue au *Journal officiel*, nous trouvons en 1905, 753.606 décès pour 826.712 naissances.

Sans poursuivre outre mesure cette sèche énumération, nous constatons que pour les deux années citées à titre d'exemple, l'excédent des décès l'emporte respectivement de 37.724 et de 25.988 unités sur le chiffre des naissances, et que pour l'année 1905, il lui est inférieur de 73.106 unités.

Si donc l'excédent des décès semble suivre une progression décroissante, nous nous hâterons de faire remarquer que le taux de la natalité a subi, toutes proportions égales d'ailleurs, une diminution plus forte encore pendant ces mêmes années, et qu'il ne cesse de décroître depuis 1901.

Il convient donc de dire qu'on ne naît pas davantage, mais qu'on meurt un peu moins. Et cette diminution de la mortalité, envisagée dans son ensemble, est le résultat évident des luttes organisées contre les morts dites évitables, contre celles dues par exemple à la tuberculose, à l'alcoolisme, à la syphilis, pour ne citer que les trois grands maux dont souffre le plus la société actuelle.

De toutes les ligues auxquelles nous faisons allusion et qui toutes s'efforcent d'arracher au trépas le plus grand nombre possible de victimes, la Ligue contre la mortalité infantile, et plus particulièrement l'Œuvre des consultations de nourrissons peut à bon droit être fière du concours efficace apporté à la solution de cet angoissant problème social de la dépopulation.

Son champ d'action est un des plus vastes, puisqu'il existe « une catégorie, et non la moindre, dit

« le Dr Maygrier, de morts qui peuvent être évitées,
« qui sont le plus profondément attristantes : ce
« sont celles qui surviennent au début de la vie ».

On a démontré, et on ne démontrera jamais trop
que sur 1.000 enfants qui naissent, 160 à 170, c'est-
à-dire le sixième environ, succombent dans la pre-
mière année. Ajoutons de suite que sur ce nombre
global de 1.000 enfants, qui meurent de 0 à 1 an, il
est reconnu que :

25 meurent de tuberculose ;

49 meurent de maladies contagieuses ;

147 meurent de maladies des voies respiratoires ;

171 meurent de débilité congénitale ;

223 meurent de causes accidentelles ou incon-
nues ;

et 385 meurent de diarrhée.

385 0/00, c'est-à-dire plus du tiers !

Et ce n'est là qu'un chiffre moyen, variable sui-
vant les villes et les années. qui s'élève par exemple
à 510 et à 514 0/00 pour les villes de Rouen et de
Lille, à 564 pour Reims, à 682 pour Troyes, qui s'est
même élevé en 1892, dans cette dernière ville, à
557 0/00.

Il nous paraît impossible de passer sous silence
cette partie du Rapport sur les Enfants assistés de
1898 (p. XXI) où M. Monod relate que sur 13.500 de
ces enfants qui sont morts, 5.301 ont succombé à la
gastro-entérite, c'est-à-dire à la diarrhée, au choléra
infantile, nom trop justement mérité, et parmi ces

5.301 victimes, 5.048, soit la presque totalité, n'avaient pas achevé leur première année !

Ces chiffres permettent singulièrement de comprendre cette remarque partout citée de Bergeron, paradoxale au premier abord, « qu'un enfant qui « naît a moins de chances de vivre une semaine « qu'un vieillard de quatre-vingt-dix ans, et moins de « chances de vivre une année qu'un octogénaire ».

En résumé, et toujours d'après des chiffres officiels, on voit que pendant une période de dix années, de 1890 à 1900, la moyenne annuelle, en France, des décès d'enfants de zéro à un an, a été environ de 145.000 !

Pour mieux fixer les idées et apprécier comme il convient ce chiffre effrayant, que l'on s'imagine la moitié de Paris transformée en une immense pouponnière, dont tous les berceaux, au bout de ce laps de temps, ne renfermeraient que de petits cadavres !

Après la Consultation

Etudions maintenant ce qui se produit là où existe une consultation de nourrissons.

Le professeur Budin, qui après avoir jeté le cri d'alarme, fut le premier à appliquer le remède vraiment spécifique, nous apprend que de mars 1898 à janvier 1904, en six ans, il ne perd pas un nourrisson de diarrhée, alors que dans Paris, il en meurt 69 0/00.

Le Dr Maygrier, qui dirige à l'hôpital de la Charité la consultation-mère qu'y fonda le professeur Budin, perd 18 enfants, dont un seul de gastro-entérite, sur 800 enfants surveillés en six ans.

Il est juste de concéder, devant ces résultats merveilleux, que la clientèle d'hôpital est privilégiée en ce sens que le plus grand nombre d'enfants sont nourris au sein (93 et 96 0/0) et suivis dès leur naissance. Mais il faut reconnaître aussi que les mères qui viennent accoucher dans les hôpitaux appartiennent dans la majorité des cas à la classe ouvrière, pour ne pas dire à la classe pauvre, que bien souvent des difficultés d'ordre matériel, social, viennent s'ajouter aux tares physiques ou morales.

D'ailleurs les chiffres ne sont pas moins éloquentes lorsque l'on compare les progrès réalisés dans la pratique extra-hospitalière, dans la clientèle de ville ou de campagne, parmi les populations industrielles ou rurales.

En 1902, à Saint-Pol-sur-Mer avant l'établissement de la consultation de nourrissons, 288 enfants sur 1000 mouraient de zéro à un an.

En 1903, la mortalité était de 209 0/00.

En 1904, elle était de 151 0/00.

A Auxerre, en 1898, la mortalité, de 205 0/00, tombe, pour l'année 1905, à 120 0/00.

Dans l'Yonne, heureux département où cent six communes possèdent une consultation, il n'y a eu que 37 morts à déplorer parmi les 1.614 nourrissons inscrits et surveillés.

Pour terminer cet aperçu général et démontrer que la mortalité infantile diminue partout où apparaît une consultation de nourrissons, citons encore les chiffres obtenus à Varengueville-sur-Mer, près de Dieppe, où la mortalité, de zéro à un an, tombe de 145 à 57 0/00, parce qu'il ne meurt aucun des enfants de la consultation fondée en 1904 par le Dr Poupault.

Semblables résultats sont dus, nous le répétons, à la diffusion de l'allaitement au sein, à sa surveillance méthodique et médicale dès le début de la vie, et surtout à l'époque du sevrage, à la réglementation plus rigoureuse encore de l'alimentation artificielle qui ne sera toujours qu'un pis-aller.

Si les consultations de nourrissons ne peuvent rien pour accroître la natalité, elles ont du moins prouvé par leurs résultats qu'elles pouvaient empêcher de mourir ceux qui naissent, et c'est une constatation très consolante à notre avis. On est en droit d'écrire que la première phase de la lutte pour la vie est la lutte contre le biberon ; on ne saurait mieux l'engager et la poursuivre à outrance que sur le terrain de la consultation.

Il n'est pas non plus prétentieux d'affirmer qu'un nourrisson dont le développement aura été régulier, normal, offrira un terrain de plus grande résistance aux maladies de la seconde enfance ou de l'âge adulte.

Biberon égale trop souvent gastro-entérite et

mort, ou bien rachitisme, qui à son tour égale tuberculose.

On connaît le pourcentage d'enfants qui succombent de zéro à un an ; mais on peut se demander ce que deviennent les rares survivants. La Ligue contre la mortalité infantile précède donc, et d'une manière très efficace, la Ligue antituberculeuse.

Puissent les chiffres que nous avons tenu à citer faire réfléchir plus d'un lecteur, dans la sphère où ce modeste travail pourra être répandu ! Puissent-ils devenir des arguments sans réplique aux objections que soulèvent parfois les jeunes mères contre les difficultés de l'allaitement, bien plus souvent les grand'mères, et surtout hélas ! les innombrables remplaçantes qui existent en notre pays de France !

LA CONSULTATION DE NOURRISSONS DE LA MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE

19 juin 1904-15 avril 1906.

Historique

« Sur douze services d'accouchements actuels de
« Paris, écrivait en 1903 le D^r Maygrier, quatre seu-
« lement possèdent une consultation de nourrissons :
« la Charité (la première en date, fondée par le
« D^r Budin, 1892) ; la Maternité, la Clinique Tarnier
« et Tenon. Le D^r Bar a demandé qu'on en adjoigne
« une à l'hôpital Saint-Antoine : elle n'existe pas
« encore (1). C'est là une constatation regrettable, car
« les services qu'elles rendent sont des plus impor-
« tants, et il est éminemment désirable que des insti-
« tutions semblables soient adjointes à toutes les
« maternités de Paris. »

Notre maître le D^r Bonnaire déplorait tout autant
que son collègue de la Charité ce lamentable état de
choses ; mais plus d'un obstacle, surtout d'ordre

1. La consultation demandée par le D^r Bar fonctionne à
Saint-Antoine depuis le 19 juillet 1903.

matériel comme nous l'exposerons plus loin, l'empêcha de réaliser l'idée qu'il caressait depuis longtemps.

En mai 1904, M. Devraigne terminait son année d'internat à la Maternité de la Charité pour passer à celle de Lariboisière.

Son arrivée fut celle du collaborateur attendu. Secondé par lui, entraînant dans le mouvement ses nouveaux externes, M. Bonnaire se mit à l'œuvre sans autre formalité administrative. Toutes les femmes récemment accouchées et présentes dans le service furent invitées à revenir à la maternité le premier dimanche qui suivrait leur sortie, et bien entendu les dimanches suivants, à 9 heures, pour montrer leurs enfants qu'elles continuaient d'allaiter à des heures régulières, suivant la bonne habitude prise pendant leur séjour d'une dizaine de jours à l'hôpital, pour les faire peser, examiner, etc., recevoir en un mot les conseils de direction nécessaires.

Dans sa tournée d'inspection en ville, M. Bonnaire chargea les sages-femmes agréées de placer en évidence, dans les chambres réservées aux clientes que leur envoyait l'Assistance publique, une pancarte qui avait pour but de faire connaître l'existence de la consultation. Une invitation verbale était au besoin renouvelée à ces mêmes parturientes lorsqu'elles venaient, à l'expiration du délai fixé pour leurs couches, se faire, suivant le règlement, examiner à Lariboisière et signer leur feuille de sortie.

En attendant que l'Administration de l'Assistance

publique distribuât les fiches nécessaires, une infirmière du service alla en chercher quelques-unes à la Charité, que M. le Dr Maygrier accorda gracieusement à son collègue. Tout en souhaitant un local mieux approprié, on s'installa provisoirement dans la première salle libre ; c'est encore là que la consultation continue de fonctionner depuis le 19 juin 1904, jour où elle ouvrit ses portes, la sixième en âge parmi ses sœurs hospitalières et où elle accueillit pour ses débuts dix-neuf nourrissons et dix-huit mères car M^{me} D^{***}, accompagnée de sa sœur, amenait sa fille et son fils, tous deux nés le 28 mai précédent (N^{os} 13 et 14 du registre).

Bientôt le nombre croissant des enfants — 30 à 35 en moyenne chaque dimanche — et les exigences du service proprement dit de la Maternité ne permirent plus à M. Bonnaire et à son interne de consacrer à la consultation tout le temps désirable. Le Dr Keim, assistant de M. Bonnaire, lui apporta alors un concours précieux.

II. — But de la consultation

La consultation de la maternité de Lariboisière est loin, quoique de création relativement récente, de se présenter comme une institution perfectionnée. Elle ne saurait, tant au point de vue de l'agencement des locaux où sont reçus les mères et les enfants que de l'organisation du personnel, suppor-

ter la comparaison avec les consultations plus anciennes, dont le type le plus parfait nous semble réalisé par la consultation de la Clinique Tarnier.

Exclusivement consacrée, en principe, aux enfants *nés dans le service et allaités par leurs mères*, elle a dans la suite bien vite accueilli, par charité, un certain nombre d'enfants nés au dehors ou même nourris au biberon. Son but véritable ne subissait de ce chef aucune modification, puisqu'elle était créée pour surveiller les enfants par la pesée, pour instruire les mères dans leurs fonctions de nourrices et redresser les errements auxquels, dans la classe pauvre comme d'ailleurs dans les classes plus aisées, celles-ci ont trop de tendance à se laisser entraîner par la fâcheuse routine.

Bien avant la consultation de nourrissons existait à la maternité de Lariboisière une consultation spéciale de gynécologie obstétricale, ayant lieu deux fois par semaine. M. Bonnaire avait jugé cette organisation nécessaire pour permettre de suivre à distance les femmes qui, bien souvent, après une trop courte période de repos puerpéral, ou à la suite d'errements d'hygiène, de fatigues et de misères physiologiques et sociales, sont atteintes de troubles génitaux, ou qui paient à une date plus ou moins éloignée les conséquences d'accidents infectieux ! Là ne se terminait pas le rôle de l'accoucheur, qui doit être doublé d'un pédiatre, d'un puériculteur, et, par une analogie bien facile à comprendre, notre maître pensa que s'il était utile de surveiller

les utérus, il était non moins indispensable de surveiller leurs fruits, c'est-à-dire de suivre et de diriger jusqu'au sevrage inclus les nouveau-nés sortis de son service.

III. — Pourquoi la consultation a lieu le dimanche

Comme condition première destinée à favoriser la réussite de l'institution, il fallait rendre la consultation aisément *accessible* aux femmes de la clientèle de Lariboisière, qui appartiennent exclusivement à la classe ouvrière et besogneuse.

Appeler les mères à l'hôpital en choisissant à cet effet l'un quelconque des jours ouvrables, c'eût été leur demander de faire le sacrifice d'une matinée entière, de la journée même pour quelques-unes, employées dans certains établissements où un règlement parfois rigoureux n'admet pas une demi-présence ! C'eût été leur demander, sous peine de rendre illusoires le but et le bénéfice de la consultation, de consentir à un chômage sinon hebdomadaire, tout au moins bi-mensuel, se traduisant par une perte de salaire, et dans certains cas auxquels nous faisons allusion par la perte de l'emploi. Aussi M. Bonnaire décida-t-il de consacrer le dimanche matin à la consultation. Ainsi on pouvait espérer — et les événements ont confirmé cette prévision — que les mères s'absenteraient volontiers quelques instants de leur intérieur pour venir, *en personne* et

d'une façon régulière, apporter leurs enfants, de façon à recueillir de vive voix les indications d'hygiène et de réglage nécessaires ; à demander elles-mêmes des explications ou à exposer leurs remarques ; à recevoir des encouragements ou quelquefois une discrète semonce ; à montrer leurs seins ou à faire analyser leur lait ; toutes choses en un mot que la transmission par ordonnance, ou par l'intermédiaire d'une tierce personne (grand'mère, femme de ménage ou concierge) rend impossibles à exécuter ou ne peut, en aucun cas, assaisonner de la persuasion indispensable !

De plus, en choisissant le dimanche, on était en droit de compter sur la visite des *enfants déposés dans les crèches* aux jours et heures de travail des mères nourrices, et sur ce point encore, les résultats furent ceux que l'on avait espérés.

Nul, plus que l'accoucheur de Lariboisière, n'est pénétré de l'excellence des services que rendent les crèches, sans toutefois en méconnaître les inconvénients. La crèche est par la force des choses une œuvre de séparation où rien ne peut remplacer pour l'enfant la surveillance attentive et de tous instants, exercée par une mère vigilante, la nuit comme le jour. La répartition régulière des tétées ne se peut faire que dans des conditions exceptionnelles, et l'allaitement mixte devient en pratique inévitable. Toute mère véritablement soucieuse de la santé de son enfant et de la conservation de son lait est obligée de prélever sur ses heures de repos, à la sortie

de l'atelier, et souvent même sur ses heures de sommeil le temps que réclame ses fonctions de nourrice : rude labeur qui épuise bien vite leur bonne volonté ou qui est au-dessus de leurs forces. Il est donc incontestable que l'enfant placé dans la meilleure crèche y court plus de risques d'élevage défectueux que lorsqu'il est conservé près de sa mère. Combien cependant ces crèches deviennent de précieux auxiliaires dans la lutte contre la mortalité infantile, dans ces mêmes cas si fréquents où la mère, obligée de travailler toute la journée hors de chez elle, n'a d'autre ressource que de confier son enfant à une voisine (moyennant une rétribution toujours plus élevée que celle réclamée par la crèche et avec l'hygiène en moins) ou de l'envoyer à la campagne, mesure coûteuse pour la bourse des pauvres, qui met le petit être à la merci de l'intelligence ou de la conscience trop souvent élastique de la mercenaire au sein (?) ou au biberon.

Certes, un des grands avantages des crèches réside dans le zèle attentif qu'apportent les médecins à la surveillance des enfants et plus spécialement des nouveau-nés. Mais à l'heure où ces confrères dévoués examinent le nourrisson, les mères sont absentes, occupées à leur travail, et c'est d'elles qu'il convient de s'occuper, bien plutôt que des tout petits ; c'est leur santé, leur lait qu'il faut surveiller, c'est leur éducation particulière qu'il faut faire, ainsi que nous l'avons démontré plus haut, pour que

le problème de l'élevage reçoive la bonne solution.

Aussi comptons-nous dans notre clientèle du dimanche bon nombre d'enfants que les mères, sur nos conseils, et généralement à l'époque du sevrage, déposent en semaine à la crèche voisine de leur domicile ou de leur atelier. Leurs moyennes de poids, d'accroissement offrent bien de-ci, de-là quelques irrégularités, mais elles peuvent, en général, supporter une comparaison avantageuse avec les courbes de développement des nourrissons privilégiés que leurs mamans ne quittent pas.

Le D^r Marfan se faisant assurément l'interprète de plusieurs de ses collègues, nos maîtres et éducateurs, a émis le vœu que les consultations de nourrissons soient établies dans tous les hôpitaux d'enfants, dans les maternités, afin que les étudiants puissent y acquérir de sérieuses connaissances de pédiatrie pratique, les premières notions de puériculture.

Stagiaires et externes chôment volontiers le dimanche, ou tout au moins peuvent s'absenter plus facilement qu'en semaine de leurs services respectifs. L'occasion leur est donc offerte de venir « faire une spécialité ».

Nous venons d'expliquer les deux raisons principales, d'ordre social, qui ont milité en faveur du dimanche comme jour de choix pour la consultation.

Dans l'esprit du D^r Bonnaire, le dernier motif, bien que d'ordre exclusivement médical, n'a pas été complètement étranger à sa décision, et méritait d'être signalé.

IV. — Installation et fonctionnement

« Pour créer une consultation de nourrissons, dit M. Jonnart dans sa préface du livre *Le Nourrisson*, du professeur Budin, trois choses suffisent : une balance, un appareil à stériliser le lait, et le dévouement d'un médecin.

L'équilibre du budget d'une consultation ne saurait jamais arrêter les bonnes volontés ni inspirer de sérieuses inquiétudes. L'entreprise est donc à la portée des plus modestes. »

Malgré ces paroles rassurantes, bien que la balance soit toute trouvée, et qu'on n'ait pas à se préoccuper de l'achat d'un appareil à stériliser le lait, pour cette simple raison que M. Bonnaire était bien résolu à n'en pas distribuer, il faut reconnaître que l'organisation d'une consultation de nourrissons, avec les ressources matérielles dont dispose la maternité de Lariboisière, n'était pas chose aisée. Tout au moins cette consultation ne pouvait-elle fonctionner que dans des conditions *d'extrême déconfort*.

Comme local, deux petites pièces servant à la consultation des femmes enceintes et à la réception des parturientes. L'une sert de salle d'attente et de pesage ; contrairement au règlement, son cube d'air n'est pas inscrit sur la muraille d'après les mensurations officielles et administratives ; d'après nos calculs, nous l'évaluons à cent mètres cubes.

Cette salle, où a lieu la consultation bi-hebdoma-

daire de gynécologie obstétricale, est encombrée par une table, une armoire, un lit d'examen au spéculum, un escabeau, et deux lavabos. Elle est surchauffée par le fond d'un chauffe-linge en métal, destiné aux besoins de la salle de travail, et dont la superficie est de $2\text{ m. }20 \times 1,60 = 3\text{ m}^2\text{ }50$. Une telle surface rayonnante explique que la température moyenne de la salle à l'état normal, c'est-à-dire quand elle est vide, varie toujours entre 25 et 28 degrés.

L'excès de chaleur ne peut y être modéré que par l'ouverture des portes et fenêtres, au risque d'accoups de refroidissement, dont il est inutile de mentionner le préjudice pour les enfants démaillotés.

Chaque dimanche matin, trois bancs sont apportés dans cette pièce pour la consultation; ils n'y peuvent trouver place qu'à la condition que les mères qui les occupent touchent de leurs genoux le banc placé au-devant d'elles. Il n'est pas rare de voir jusqu'à cinquante personnes, mères et accompagnatrices d'enfants, entassées sur ces bancs, où elles ont mille peines à effectuer, par une chaleur qui atteint alors 30 degrés, les mouvements nécessaires pour enlever et remettre le maillot.

C'est dans un coin de cette même salle, sur la table où repose la balance, que la sage-femme de garde, aidée d'une infirmière bénévole, procède à la pesée des enfants. Chacun d'eux, muni de sa fiche de poids, est alors amené tout nu par la mère dans l'autre pièce, réservée à l'examen.

Cette seconde pièce, un peu plus longue que la

précédente, mais moins large (son cubage est aussi de 100 mètres cubes environ) est encore bien loin d'être un local idéal.

Elle renferme cinq lits, destinés à l'examen des parturientes et des femmes enceintes ; tel est du moins en théorie le but clinique de ces lits ; car en pratique, ils demeurent bien souvent occupés par des femmes qui soit en travail, soit même délivrées, ou amenées d'urgence, en fiacre ou en ambulance, attendent le départ des accouchées sortantes pour trouver place dans les salles du service. Il est donc nécessaire que la consultation des nourrissons se fasse à côté de ces lits, occupés temporairement. Ne nous plaignons pas davantage qu'il en soit ainsi, si l'on nous objecte que les expectantes reçoivent de ce fait le bon exemple et assistent à la meilleure leçon de choses !

Nous nous imaginons facilement que ces pauvres femmes ne sont pas dans les conditions voulues pour profiter de la séance ; il est même à craindre qu'elles ne se pressent pas pour revenir au bout de quinze jours ou deux semaines, dans cette serre chaude. Le mot n'est pas excessif si l'on songe que dans cette même pièce est installé l'appareil pour la stérilisation à 125 degrés de l'eau destinée au service de la Maternité (lavabos, baignoires, etc.). La température de la salle était, avant l'adjonction au réservoir de chauffe d'une semi-enveloppe isolante, constamment supérieure à 30 degrés ; malgré cette mesure palliative, et à l'heure « du coup de feu » de la

consultation, le thermomètre indique encore une moyenne de 26 degrés.

Dans cette pièce existent une fenêtre et quatre portes vitrées : l'une donne accès dans la pièce adjacente, où il fait aussi chaud, l'autre dans les salles de bains ; la troisième... dans les water-closets ; la quatrième enfin mène dans la cour. Seule l'ouverture en grand de cette dernière porte permet d'obtenir une atténuation de la chaleur, car l'appareil de ventilation dont est munie l'unique fenêtre précitée est bien rudimentaire : c'est un vasistas qui fonctionne mal ou plus exactement, qui ne fonctionne pas du tout ; tantôt les boiseries sont dilatées par la chaleur, tantôt la cordelette qui permettrait de l'ouvrir est attachée à un loquet récalcitrant et plus d'une fois une main impatiente en pratiqua l'exercèse. Bref, là encore existent, pour les petits, les inconvénients déjà signalés d'un trop brusque refroidissement.

Le tableau que nous venons d'esquisser, en toute impartialité, démontre que par elles-mêmes les salles de pesée et d'examen sont loin d'être confortables. Elles suffisent à la rigueur, alors qu'il s'agit d'enfants en bonne santé, qu'il n'y a qu'à donner de vive voix les conseils nécessaires.

Mais il est d'autres inconvénients plus graves qui résultent de l'exiguïté de ces pièces, de leur disposition.

C'est tout d'abord la contagion des maladies infectieuses qui est à craindre, par suite d'un encombre-

ment même de courte durée. Il faut donc surveiller les mères et les enfants dès leur arrivée dans le vestibule qui précède la salle de pesée, pour écarter à temps « les douteux », les suspects ; il faut prendre la précaution de prier plusieurs fois les consultantes, d'une manière collective, de nous avertir immédiatement si elles ont remarqué quelque chose d'anormal dans l'état de leurs bébés. En deux ans, jamais nous n'avons vu à la consultation de rougeole ou de scarlatine. Est-ce une heureuse coïncidence, sinon l'heureux résultat des mesures élémentaires de prophylaxie que nous venons d'indiquer ? D'ailleurs, à notre avis, les mères savent assez bien dépister ces deux fièvres éruptives, car il est presque de notion courante dans l'esprit public que tous les enfants ont ou doivent avoir la rougeole ou la scarlatine : d'où une surveillance instinctive, routinière si l'on veut, mais certainement efficace au point de vue de la contagion possible.

Nous n'en dirons pas autant de la coqueluche par exemple :

M. J... (n° 60 du registre) nous fit un jour remarquer, au moment de l'examen, que sa fille « toussait par quintes, comme si elle avait la coqueluche ; en réalité il s'agissait d'adénopathie trachéo-bronchique. Mais l'enfant André G... (n° 67) qui nous fut présenté dans les mêmes termes le 31 juillet 1904 — nous ne l'avons pas revu depuis — contagionna certainement l'enfant Antoinette R... Cette dernière fut soignée pour la coqueluche à l'hôpital Bretonneau et y

mourut de broncho-pneumonie consécutive, d'après les renseignements que nous donna la mère, au mois d'octobre de la même année.

En second lieu, il ne se passe pas de consultation, l'hiver surtout, où nous n'ayons pas à examiner plus d'un petit nourrisson qui tousse, et que la mère nous demande d'ausculter.

Souvent aussi le même mode d'examen s'impose pour certaines nourrices, lorsque celles-ci se présentent à nous dans un état de déchéance physique qui éveille nos soupçons, qui fait rechercher immédiatement le début possible d'une tuberculose pulmonaire. Or l'auscultation délicate est impraticable dans le local dont nous disposons, et la raison de cette difficulté ne réside pas tant dans l'inévitable brouhaha dû aux cris des enfants, à l'entassement de trop nombreuses personnes dans la salle d'attente immédiatement attenante à la chambre d'examen, que dans le fracas causé... par le chemin de fer métropolitain, dont les trains se succèdent à un intervalle de deux ou trois minutes sur un viaduc métallique, passant dans notre voisinage immédiat, situé en face de l'unique fenêtre disponible dont nous avons parlé. On devine combien est préjudiciable pour l'auscultation ce bruit surajouté qu'on désigne dans le service de M. Bonnaire sous le nom de « bruit de métro » !

Trois banes, une table, une balance (n'appartenant pas à l'administration) deux chaises et un fauteuil, un registre et une boîte à fiches, tel est le matériel dont nous disposons pour la consultation, matériel classique et bien suffisant.

L'exposé que nous venons de faire semblerait *a priori* un véritable réquisitoire, tendant à démontrer que l'installation d'une consultation de nourrissons, dans des conditions aussi défectueuses au point de vue médical, constitue une innovation fâcheuse.

Il n'en est rien cependant, et nous avons conscience qu'une institution de ce genre peut quand même et toujours rendre les plus grands services. Il est bien certain que si l'administration de l'Assistance publique n'apporte pas remède à cet état de choses qui laisse à désirer, c'est qu'elle ne dispose pas des moyens matériels qui lui permettent de modifier la situation (1).

D'ailleurs à quelque chose malheur est bon : les nombreux docteurs étrangers et les stagiaires de la Faculté qui fréquentent la maternité de Lariboisière peuvent ainsi se rendre compte et juger *de visu* que point n'est besoin de locaux somptueux et d'un matériel parfaitement aménagé pour organiser une consultation de nourrissons. Celle que nous décrivons peut être appelée, par une singulière ironie des mots, une consultation de fortune, et il n'est guère de villages qui ne disposent d'un local, soit à la mairie, soit dans la salle d'école, où l'on puisse installer une consultation dans des conditions de

1. M. Bonnaire eut un jour la vision prochaine de temps meilleurs : un habile architecte avait dressé de beaux plans qu'on lui montra, mais dont il attend encore l'exhumation et la réalisation.

confort rudimentaires peut-être, mais au moins aussi honorables que celles où fonctionne la consultation de Lariboisière.

V. — Pourquoi il n'y a pas de distribution de lait stérilisé

Nous n'ignorons pas que l'institution dont nous étudions ici le fonctionnement n'est pas seulement primitive, elle est aussi incomplète.

On conçoit difficilement, en effet, l'agencement d'une consultation de nourrissons, sans une distribution connexe de lait stérilisé ; il suffit du moins de remarquer que la plupart des œuvres analogues établies à l'heure actuelle dans Paris sont à la fois des consultations et des gouttes de lait.

M. Bonnaire n'a pas adjoint à sa consultation du dimanche de distribution de lait aux nourrissons :

1° Parce qu'il ne le pouvait pas ;

2° Parce qu'il ne le désirait pas.

Reprenons ces deux points en détail. Tout d'abord il ne le pouvait pas, faute d'installation suffisante — et les pages qui précèdent ont pu édifier le lecteur à ce sujet — faute du personnel nécessaire et faute de crédits, retenu en un mot par des obstacles matériels et pécuniaires, que l'administration de l'Assistance publique aurait pu faire disparaître dans une large mesure à la demande du chef de service de la Maternité.

Mais, en second lieu, M. Bonnaire ne désirait nul-

lement cette distribution supplémentaire, parce que dans son esprit la consultation était ouverte spécialement pour les enfants nourris au sein, nés dans le service intérieur ou extérieur (sages-femmes agréées) de la Maternité. La question du lait stérilisé était ainsi résolue. Mais cela ne veut pas dire que tous les nouveau-nés, indépendants de Lariboisière par leur origine, ont été refusés de parti pris, que ceux soumis à l'allaitement mixte ou arrivés à l'époque du sevrage ont été systématiquement éliminés. Il y a même des suçeurs de biberon, candidats à la gastro-entérite aiguë ou chronique, qui sont venus d'emblée se mêler aux enfants dirigés par nous dès leur premier jour : ces derniers toutefois constituent une heureuse minorité, et ne représentent qu'un douzième environ du nombre total des consultants (voir la partie statistique).

En somme, dans cette consultation, on s'occupe surtout d'hygiène, et peu ou pas de thérapeutique.

« Le nouveau-né doit être mis au sein, il doit être « nourri par sa mère ; telle est la règle générale à « laquelle il sera fait aussi peu d'exceptions que « possible. » (D. Pierre Budin). Telle est aussi la règle fondamentale qui est mise vigueur à Lariboisière.

« La meilleure des gouttes de lait est celle que l'enfant trouve dans le sein de sa mère » a dit encore le professeur Budin dans des conférences faites à Beauvais, à Lens.

Voilà ce que nous nous efforçons de faire com-

prendre à nos clientes ; et si nous les engageons comme biens d'autres à revenir assidûment à la Consultation, même si leurs enfants sont bien portants, c'est pour leur répéter et leur démontrer que l'allaitement au sein a besoin d'être surveillé et dirigé ; c'est pour les instruire et faire éviter à leurs enfants les dangers de la suralimentation, les accidents de la dentition et du sevrage.

La consultation est une école des mères, où l'on applique cette maxime écrite par le professeur Charles de Liège, en tête de sa description du fonctionnement de la consultation de la Maternité de Liège : « Mieux vaut prévenir que guérir ». Ce n'est donc pas une institution destinée à rendre le biberon aussi peu nocif que possible, en enseignant aux femmes les multiples et laborieuses précautions qu'il faut observer pour réduire au minimum l'inévitable toxicité du lait de vache pour les tout petits. « Il nous semble jusqu'ici, écrit le Professeur Budin dans *Le Nourrisson* (p. 253) que l'allaitement artificiel avec le lait de vache est difficile et dangereux, dans les premiers mois de la vie. Certes on peut montrer beaucoup de nourrissons plus ou moins âgés qui sont splendides et qui ont été élevés au lait de vache ; nous en avons vu pour notre part, mais cela ne veut pas dire qu'ils ont toujours été beaux et qu'ils n'ont pas couru beaucoup de risques. Le médecin qui trouvera le moyen d'élever artificiellement les enfants dans les premières semaines de leur existence avec autant de succès et autant de sécurité qu'avec l'allai-

tement au sein aura, pensons-nous, réalisé un très grand progrès. »

M. Bonnaire s'est d'autant plus facilement consolé de ne pouvoir annexer une distribution de lait à sa consultation qu'il est convaincu de prouver aux mères par ce fait, que l'allaitement au sein est non seulement pour elles un devoir moral, mais qu'il est, dans leur propre intérêt et dans l'intérêt de leurs enfants, d'une nécessité absolue.

Qui oserait prétendre que la distribution de lait de vache constitue une prime à l'allaitement maternel ? Et qui oserait avancer que le meilleur biberon peut remplacer un sein même médiocre ?

Loin de nous l'idée de penser que les Gouttes de lait ont été instituées pour faire une concurrence fâcheuse à la mamelle « qui ne se meurt pas encore en France ». Nous n'ignorons pas au contraire qu'elles ont pour but de la seconder, de la compléter, soit que les mères, par une impossibilité d'ordre physique (et les cas en sont extrêmement rares) ou pour des raisons de santé (dont le médecin est seul juge) ne puissent allaiter ; soit que, du fait de leur profession sociale, elles ne puissent donner le sein aussi fréquemment que cela est nécessaire. Mais il faut aussi reconnaître que l'instinct maternel peut être bien vite émoussé par veulerie, surtout dans les classes peu éclairées et difficilement éclairables qui constituent le fonds de la clientèle d'hôpital. Il faut remarquer que plus d'une mère se fait ce raisonnement que le lait est après tout la base de l'alimenta-

tion de l'enfant, son unique nourriture : de là à conclure qu'il n'existe aucune différence entre le lait de femme et le lait de vache il n'y a qu'un pas, bien vite franchi. Le médecin leur dit : « Complétez les tétées insuffisantes, et remplacez, à titre d'exceptions aussi rares que possible, celles que vos occupations vous empêchent de donner à l'enfant. » — Elles traduisent en pratique : « Donnez une goutte de votre lait, de temps à autre, pour récompenser votre enfant d'avoir accepté le lait de vache. » La tétée devient bientôt une simple formalité, et cette formalité ne tarde pas elle-même à disparaître, d'abord parce qu'elle est gênante, et ensuite parce que tout organe ne fonctionne que dans la mesure demandée. D'autres mères avouent avec une facilité déplorable, soit spontanément, soit que l'influence du milieu leur ait inculqué cette fâcheuse notion que « leur lait ne doit pas être bon, parce que leur enfant crie toujours après chaque tétée, et qu'il ne profite pas ».

Si par malheur le médecin, dont elles sollicitent une autorisation intéressée, reconnaît qu'il y a lieu d'apporter une modification à cet état de choses, elles n'ont plus alors le moindre doute sur la digestibilité et l'assimilation du lait stérilisé « ce mal nécessaire » (Combe).

Elles s'écrient, sinon triomphantes, du moins avec un air de conviction regrettable : « Le médecin l'a bien dit : mon lait ne vaut rien ! »

C'est ainsi qu'à moins d'avoir affaire à des mères d'intellectualité supérieure, ou ayant acquis déjà une

expérience personnelle dans l'élevage des nouveau-nés, il est à craindre que l'institution des Gouttes de lait ne soit chose plus fâcheuse qu'utile.

Nous voudrions pouvoir comparer les « produits » des mères nourrices, clientes de ces Consultations ou Gouttes de lait, chez lesquelles la sécrétion mammaire se tarit précocement, avec les enfants des mères qui sont, bon gré mal gré, obligées de donner le sein et rien que le sein.

D'ailleurs cet écueil que M. Bonnaire a évité par une suppression radicale, à sa consultation de nourrissons de Lariboisière, MM. Ollive et Schmitt l'avaient déjà signalé dans leur rapport au Congrès de Nantes en 1901, sur la défense de l'enfant. « Le lait de femme, écrivent-ils, est et sera toujours supérieur au lait de vache stérilisé, maternisé, pasteurisé ou peptonisé ! C'est l'avis de tous les puériculteurs, et tous les médecins d'enfants se sont nettement exprimés sur ce sujet. Les Gouttes de lait, en tendant à remplacer le lait de femme par du lait de vache, iraient à l'encontre du but proposé. » Et M. Budin reconnaît lui-même que « si l'on dit simplement aux femmes du peuple : venez chercher du lait, nous vous le donnerons de bonne qualité, stérilisé et gratuitement, elles sèvent leurs enfants, car elles n'ont plus intérêt à le nourrir ».

Tout au plus indiquons-nous aux clientes de Lariboisière, quand la force des choses nous y oblige, l'adresse des dépôts Rotschild, où elles peuvent acheter un lait garanti.

VI. — Statistique de la Consultation

1^o *Nombre des enfants.*

Du 1^{er} juin 1904 au 1^{er} avril 1906, d'après les relevés que nous devons à l'obligeance de M^{me} Orsat, sage-femme en chef de la Maternité de Lariboisière 3.730 naissances d'enfants à terme ont été enregistrées.

Ces naissances se répartissent ainsi :

1.695 ont eu lieu à la Maternité

2.035 chez les sages-femmes agréées.

Les tables suivantes indiquent par mois, en face du nombre d'enfants nés dans chaque service, le nombre de nourrissons que nous avons pu inscrire à la consultation.

	Maternité	Sages-femmes	Enfants inscrits
1904 juin	48	68	41
juillet	75	72	34
août	92	85	29
septembre	79	89	31
octobre	93	74	31
novembre	80	94	20
décembre	<u>95</u>	<u>71</u>	<u>24</u>
	562	553	210
1905 janvier	76	96	31
février	78	99	20
mars	84	88	19
avril	83	97	20

mai	91	85	23
juin	88	99	21
juillet (1)	95	92	20
août }		128	6
septembre	10	117	14
octobre	87	83	19
novembre	95	98	21
décembre	<u>99</u>	<u>90</u>	<u>32</u>
	875	1172	246
1906 janvier	94	109	26
février	73	98	13
mars	91	103	28
avril			15
	<u>258</u>	<u>310</u>	<u>832</u>
	1.695	2.035	538
	<u>3.730</u>		

C'est à titre de documents que nous donnons ces chiffres ; mais nous ne chercherons pas à établir entre eux des comparaisons, à déterminer par exemple, s'il y a des périodes de hausse ou de baisse pour chaque mode d'allaitement, ou si la question « Consultation de nourrissons » trouve un accueil grandissant dans l'esprit des populations. Il est impossible à notre avis, de fournir des réponses justes à ces différents problèmes, car :

1. Fermeture de la Maternité pendant six semaines pour travaux de carrelage, peinture, etc., mais sans interruption du fonctionnement de la Consultation.

1^o Il est un certain nombre d'enfants (92) nés au dehors, c'est-à-dire étrangers au service de la Maternité de Lariboisière que nous avons inscrits à la Consultation, ce qui ne change en rien le but fondamental de cette œuvre, ainsi que nous l'avons déjà expliqué (p. 21) mais ce qui dans l'ensemble diminue le pourcentage de l'allaitement au sein. Parmi ces 92 enfants, en effet, le biberon compte 64 adhérents.

2^o Ce nombre de 92 « étrangers » est certainement inférieur au nombre réel, car plusieurs mères bien renseignées, ou plutôt craignant à tort de n'être pas acceptées en nous dévoilant le lieu de leur accouchement, nous ont fait des réponses volontairement erronées.

Il n'est pas difficile de dire qu'on a oublié le nom de la sage-femme de ville, ou même, pour les besoins de la cause, d'en indiquer un exactement, pour peu que l'on bavarde avec une voisine dont la mémoire est restée fidèle. Passons :

3^o Les déductions établies seraient surtout inexactes en ce sens que les enfants ne sont pas inscrits dans leur ordre de naissance ; et il est impossible qu'il en soit autrement lorsqu'une mère, par exemple, nous amène au mois de septembre un enfant né dans le mois de mars, ou même dans le mois de janvier, âgé par conséquent de six ou huit mois.

4^o On remarquera également que la statistique des naissances s'étend du 1^{er} au 31 juin 1904 et qu'elle s'arrête le 31 mars 1906 ; que par contre celle des inscriptions part du 19 juin 1904 seulement et com-

prend les nourrissons inscrits jusqu'au 15 avril 1906. Il ne peut y avoir qu'une concordance approximative entre les nombres indiqués ; nous devons attendre que les mères accouchent et nous amènent leurs enfants, avant d'inscrire ces derniers ; une différence de trois semaines à 1 mois en moyenne, de quinze jours au minimum, existe par conséquent entre la date de naissance et la date d'inscription.

ENFANTS INSCRITS A LA CONSULTATION DE LARIBOISIÈRE

Agés de 15 jours à 1 mois lors de la présentation :	264
2 mois	— 151
3 mois	— 48
4 mois	— 23
5 mois	— 14
6 mois	— 17
7 mois	— 7
8 mois	— 5
9 mois	— 3
10 mois	— 2
11 mois	— 1
12 mois	— 4
Total	538

Ces restrictions faites, il semble bien que le nombre des enfants qui fréquentent la Consultation tend à diminuer, surtout pour l'année 1906, par rapport au chiffre d'accouchements enregistrés.

L'organisation matérielle si défectueuse de l'œuvre

joue au point de vue de cette diminution un rôle incontestable, sinon facile à déterminer par un coefficient exact. Convient-il de rappeler qu'il n'y a pas de distribution de lait stérilisé et que les mères nourrices ne sont en aucune façon « par la prime alléchées ». On voit aussique la fermeture du service en juillet-août 1905, a eu un fâcheux retentissement sur le nombre d'inscriptions : c'est cependant l'époque où la quantité de femmes accouchées en ville atteint le maximum. Ces femmes ont pu lire les pancartes indicatrices dont nous avons signalé l'existence dans les chambres des pensionnaires ; mais nous pensons qu'au moment de leur sortie, par suite d'un malentendu regrettable, elles ont conclu de la fermeture de la Maternité de Lambetsière au non fonctionnement du service de la Consultation.

Si pendant les mois d'hiver le nombre des consultants paraît subir une légère augmentation, malgré les rigueurs de la mauvaise saison, cela tient à l'accroissement parallèle du nombre des rhumes ou des bronchites. En général, les mères établissent au point de vue du fonctionnement et du but poursuivis, une analogie facile à comprendre entre la Consultation de nourrissons et la Consultation de médecine ou de chirurgie réservée aux adultes dans les hôpitaux : elles voient le côté médical plus souvent que le côté social, et elles amènent leurs enfants « pour les faire ausculter parce qu'ils toussent beaucoup ». Et lorsque nous leur demandons, avant d'établir une fiche, si elles reviendraient d'une façon régulière pour

que nous puissions suivre et diriger le développement du nourrisson, quelques-unes nous regardent d'un air étonné ; presque toutes répondent par l'affirmative, quittes à oublier leur promesse... dès que l'enfant va bien.

Sur ce chapitre particulier il convient de poursuivre sans relâche l'éducation des mères ; la lacune qu'il s'agit de combler est bien grande encore.

La remarque suivante le prouve : Si des 538 nourrissons inscrits, nous défalquons les 92 « étrangers », nous voyons que nous avons suivi seulement 446 enfants sur les 530 que nous avons le droit de compter comme « clients », soit 11, 9 0/0 seulement.

2° *Alimentation.* — Nous n'osons pas indiquer le pourcentage des enfants qui ont pu être surveillés d'une façon régulière et efficace.

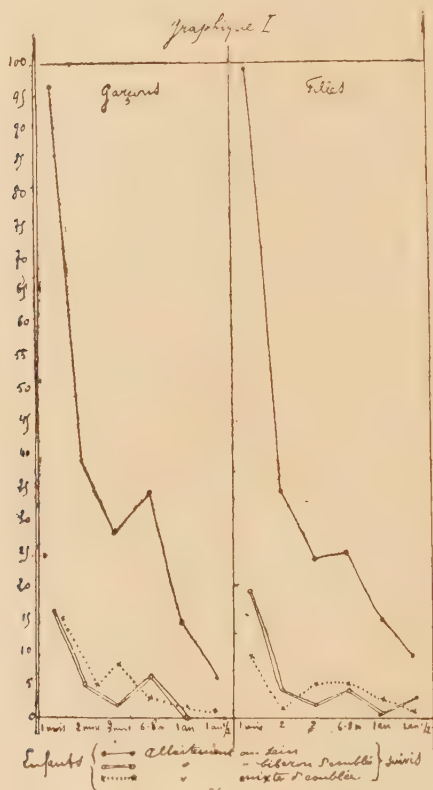
Mais après avoir établi que sont nourris :

Au sein.	217	garçons et 202	filles
A l'allaitement mixte.	31	»	24 »
Au biberon.	22	»	32 »
	<u>280</u>	+	<u>258</u> = 538

soit pour chaque mode d'allaitement, dans l'ordre indiqué, une proportion globale de 77, 88 0/0 ; — 10, 22 0/0 et 10, 03 0/0, nous avons recherché dans quelle mesure on pouvait compter sur la bonne volonté des mères.

Nous croyons utile de traduire les résultats obte-

nus par le graphique ci-joint, ou *tableau de persévérance* :



Ce graphique indique le nombre des enfants nourris d'embée *exclusivement au sein* (ou à l'allaitement mixte ou artificiel) *pendant tout le temps* qu'ils ont été sous notre surveillance, c'est-à-dire depuis le jour de leur immatriculation jusqu'au moment où nous les avons perdus de vue. Mais il ne veut pas dire que 98 femmes sur 100 ont pu donner le sein uniquement pendant un mois, et 15 seulement pendant

un an, puisque le temps que ces enfants sont venus ne correspond pas absolument à leur âge, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut.

La courbe fait une chute... terrible du premier au deuxième mois. Il est cependant intéressant de comparer quelques chiffres à ceux qu'indique par exemple le Dr Maygrier (communication faite à la Société obstétricale de France le 8 avril 1904) pour la consultation de la Charité, où il a surveillé 543 (chiffre bien voisin du nôtre : 538) enfants *nourris au sein*.

A la Charité		A Lariboisière		
365 enfants		196 sont venus pendant 1 mois		
50	—	76	—	2 —
33	—	60	—	3 —
4	—	29	—	1 an
1	—	15	—	1 an 1/2

C'est là, suivant l'expression de MM. Boissard et Dévé, un *signe des temps* d'une valeur indiscutable, la preuve irréfutable que les efforts tentés dans les consultations de nourrissons pour éduquer les mères commencent à produire leurs effets. L'affluence est moins considérable au début, mais les nombres de 29 et de 15 enfants surveillés pendant un an et un an et demi (au lieu de 4 et 1 qui se rendent à une consultation bien mieux installée sous tous les rapports que celle de Lariboisière) sont à notre avis très encourageants.

Un seul enfant, Pierre D... (n° 124) allaité par sa mère, primipare âgée de trente-quatre ans, jusqu'à la

fin du deuxième mois, a été soumis à l'allaitement mixte, mais pendant douze jours seulement, car en dépit de nos efforts la sécrétion lactée s'est tarie, et nous avons dû avoir recours au biberon. M^{me} D... a compris l'intérêt que nous portions à son fils puisqu'elle a continué de l'amener assez régulièrement à la consultation jusqu'à l'âge de sept mois et demi.

Deux enfants au sein surveillés pendant deux mois, âgés de cinq et sept mois, ont été perdus de vue après une période d'un mois d'allaitement mixte.

Sur huit enfants (3 garçons et 5 filles) assidus jusqu'à l'âge de neuf mois, deux nous ont quitté au bout de six semaines d'allaitement mixte ; les six autres ont persévéré trois et quatre mois encore, jusqu'au moment du sevrage imposé en raison de la fatigue ou des conditions sociales des mères nourrices.

L'absence ou, pour parler plus exactement, le nombre si minime d'enfants débiles qui fréquentent la consultation est un fait regrettable. Quatre prématurés seulement nés à Lariboisière à sept mois et demi, dont le poids variait à la naissance entre 1.800 et 2.300 grammes nous ont été présentés, tardivement (deux ou trois mois après la sortie de l'hôpital) et pendant peu de temps (six semaines au maximum).

Nous ignorons leur sort.

Un seul, né en ville à huit mois environ, nourri trois semaines au sein par la mère, est soumis à

l'allaitement mixte pendant le même laps de temps, puis exclusivement à l'allaitement artificiel pendant quinze jours. C'est alors que la mère, voyant « qu'il ne profitait pas », se décide à nous montrer cet enfant, athrepsique au dernier degré, pesant 2 kgr. 475 ! Tous deux entrèrent le lendemain à la crèche de Lariboisière ; l'enfant fut mis au sein d'une nourrice, mais mourut trente-six heures plus tard.

3° *Mortalité et morbidité.* — Sur 538 enfants en cours de consultation, nous savons que 6 (1, 12 0/0) sont morts : 3 de broncho-pneumonie (dont 1 à la suite de la coqueluche, voir page 35) ; 2 de méningite ; 1 de syphilis.

Nous ne comptons pas le prématuré, dont nous venons de transcrire l'observation ci-dessus.

Un autre enfant âgé de six mois, soumis à l'allaitement mixte depuis trois semaines, nous a été amené atteint de gastro-entérite aiguë, et nous ne l'avons vu qu'une fois ; la mère s'est mise à pleurer dès que nous avons conseillé la diète hydrique comme traitement. Nous ne pensons pas l'avoir convaincue, et nous n'avons pas eu d'autres nouvelles d'elle et de son enfant ; mais on devine le résultat final.

Parmi les affections que nous avons eu à traiter, les troubles digestifs viennent en première ligne :

Nombre d'enfants	atteints de :
78	diarrhée passagère
37	bronchite
19	muguet (dont 14 nourris au biberon)

2		broncho-pneumonie
2		coqueluche
1		abcès froids
1		eczéma héréditaire
1		maladie de Parrot
Total	141,	soit 26, 2 o/o

A l'exemple du Dr Maygrier, nous dirons que « cette statistique n'a d'autre intérêt que de montrer l'état sanitaire des nourrissons durant le temps qu'ils suivent la consultation : les faits ne sont nullement comparables entre eux, puisque les enfants ne sont pas venus tous *pendant la même durée de temps* ».

OBSERVATIONS

Bien que l'on s'occupe avant tout d'hygiène à la Consultation de nourrissons de Lariboisière, et peu ou pas de thérapeutique, nous relaterons ici quelques observations personnelles d'enfants que nous avons suivis plus spécialement, ou que nous avons soignés sur les conseils et sous la direction de notre maître le Dr Bonnaire.

OBSERVATION I

Atrophie. — Injections de cacodylate de soude.

L'enfant J... Louise, fille née à terme le 5 mai 1904, pesant 3.500 grammes environ d'après les renseignements fournis par la mère, accouchée chez elle à Pantin, nous est amenée à la consultation le 10 juillet 1904 (n° 60 du registre).

M^{me} J... Louise, âgée de trente-six ans, a déjà eu neuf enfants à terme (deux sont morts de méningite (?) à deux mois et à cinq mois) et a fait en février 1903 une fausse couche de cinq mois environ. Cette femme dit n'avoir jamais été malade, mais paraît épuisée par ses onze grossesses. Elle avait pu nourrir tous ses enfants, entre un temps variable de cinq à huit mois. Le père tousse passablement et depuis ces deux dernières années aurait

pour vingt-quatre heures. On fait à l'hôpital une entéroclÿse à l'eau de Vichy, et on recommande à la mère de donner le sein seulement toutes les deux heures et demie à partir du lendemain.

12 juillet. — L'enfant n'a eu que deux selles vertes sans grumeaux. On pèse la tétée de 11 heures du matin et celle de 5 heures du soir. L'enfant ne prend que 40 grammes.

La mère donne le sein toutes les deux heures et demie, et ajoute un ou deux biberons de 60 grammes d'eau bouillie, en supplément, si l'enfant crie.

17 juillet. — Poids avant la tétée 3.400 grammes.

17 juillet. — Poids après la tétée 3.430 grammes.

Comme l'enfant diminue, on juge nécessaire, voyant l'insuffisance de la sécrétion lactée chez la mère, de compléter les tétées avec 20 grammes de lait stérilisé.

20 juillet. — Les selles sont normales ; l'enfant, nous dit la mère, est « affamée ». Le poids est resté stationnaire ; nous conseillons 30 grammes de supplément.

24 juillet. — Poids avant la tétée 3.520 grammes.

24 juillet. — Poids après la tétée 3.550 grammes.

Le poids se relève, mais la quantité de lait maternel reste la même, et par conséquent insuffisante. Chaque tétée est complétée avec 40 grammes de lait stérilisé pur.

2 octobre. — La mère a été malade pendant trois semaines l'enfant a eu de la bronchite. Son poids est de 4.160 grammes, notablement inférieur, comme l'indique la courbe ci-jointe, au poids moyen normal d'un enfant de cinq mois. Pendant sa maladie la mère a supprimé le sein complètement. Elle donnait sept biberons de 125 grammes.

16 octobre. — Etat stationnaire. C'est alors que M. Bon-

naire décide d'essayer le cacodylate de soude chez cette enfant, qui présente d'ailleurs des signes d'adénopathie trachéo-bronchique.

Poids 4.380 grammes. On injecte tous les deux jours 5 milligrammes de cacodylate de soude (une division de la seringue de Pravaz). On recommande à la mère de se nourrir le mieux possible et de donner le sein d'abord, si elle ne se sent pas trop fatiguée.

23 octobre. — Poids 4.410 grammes ; augmentation 30 ; moyenne 4,25 (après quatre injections).

30 octobre. — Poids 4.500 grammes ; augmentation + 70 ; moyenne + 13 grammes.

L'enfant ayant reçu sept injections, on cesse le traitement pendant une semaine. La mère donne encore des tétées de 30 à 35 grammes.

6 novembre. — Poids 4.790 grammes. On recommence les piqûres.

13 novembre. — Poids 4.700 grammes. Cette diminution de 90 grammes reste inexpliquée, et la pesée est soigneusement vérifiée. L'enfant qui a déjà reçu en tout onze injections ne présente rien de particulier.

16 novembre. — Poids 4.980 grammes. Brusque élévation de la courbe ; seizième injection et semaine de repos.

27 novembre. — Poids 5.160 grammes. Rien à signaler.

4 décembre. — Poids 5.400 grammes. Reprise du cacodylate.

6 décembre. — Poids 5.350 grammes. Diarrhée verte.

En deux jours, l'enfant a eu 13 selles, mais pas de vomissements. On constate quelques râles de bronchite légère, une salivation abondante ; l'incisive gauche apparaît.

On cesse le cacodylate. Deux biberons d'eau bouillie de 125 grammes à la place de deux biberons de lait. Bain chaud prolongé à 37°5.

18 décembre. — Poids 5.430 grammes. Du 11 au 15, la mère nous apprend que la diarrhée a persisté, mais moins intense : 3 à 4 selles par jour, avec grumeaux non fétides. Il faut noter également l'apparition d'un érythème ortié, ayant débuté par la face, puis s'étant étendu au tronc. Durée quarante-huit heures. La toux est disparue.

21 décembre. — Poids 5.450 grammes. On commence une troisième série d'injections (18^e) de cacodylate.

30 décembre. — Poids 5.430 grammes. Bon état.

8 janvier 1905. — Poids 5.280 grammes. La diarrhée est reparue ces deux jours derniers, ainsi que la bronchite, ce qui explique la diminution de poids (— 150 gr.).

12 janvier. — Poids 5.190 grammes. L'enfant maigrit de nouveau et rapidement. Toutefois après la tétée, son poids remonte à 5.250 grammes, à la grande surprise de la mère (et à la nôtre, car nous n'avions jamais enregistré une tétée de 60 grammes).

La veille il y avait eu une selle jaune un peu liquide. L'enfant ne tousse presque plus. Quelques gros râles sont disséminés dans la poitrine. L'état général nous semble assez satisfaisant. On donne sept biberons de 100 grammes, car la tétée de 60 grammes nous paraît exceptionnelle.

15 janvier. — P. 5.480 grammes.

17 janvier. — P. 5.460 avant tétée, 5.480 après tétée.

On recommence le cacodylate (21^e piqûre). L'enfant ne tousse plus. Constipation légère : une selle jaune, mais dure,

toutes les trente-six heures, et moyennant un lavement ou un suppositoire.

19 janvier. — P. 5.440. Selle naturelle, de consistance normale. Sept biberons de 110 grammes.

21 janvier. — P. 5.370 (23^e injection de cacodylate, toujours à la dose initiale de 0,005 milligr.). On constate, sans l'expliquer, la même diminution de poids que le 13 novembre. On cesse les piqûres.

25 janvier. — P. 5,770. Augmentation de 400 grammes en quatre jours, soigneusement vérifiée.

29 janvier. — P. 5.950. Augmentation + 180. Moyenne + 45 grammes.

5 février. — P. 6.220. Augmentation + 270. Moyenne + 33 gr. 5.

Ces moyennes vraiment élevées pour un enfant de neuf mois ne laissent pas que de nous surprendre, et nous nous demandons si le cacodylate n'est pas contraire au développement de l'enfant (puisque à plusieurs reprises, nous avons constaté une diminution notable du poids au bout des trois ou quatre premières piqûres de chaque série) ou bien si le médicament employé est vraiment la cause de ce « coup de fouet ». En tout cas l'enfant ne tousse pas ; son état général est satisfaisant ; il y a en moyenne deux selles bien jaunes par jour.

19 février. — P. 6.480 grammes. Augmentation + 260. La mère donne le sein... par habitude, car il n'y a qu'une différence de 8 ou 12 grammes avant et après la tétée. Elle donne une bouillie et sept biberons de 100 grammes.

25 février. — P. 6.220 grammes.

27 février. — P. 6.135 grammes.

5 mars. — P. 5.920 grammes.

L'enfant est soignée pendant cette période à la crèche de Lariboisière pour de la diarrhée légère et de la bronchite.

26 mars. — P. 6.930 grammes. La mère revient nous voir à la consultation et est contente de constater cette reprise. Nous craignons la suralimentation ; mais elle s'en défend avec énergie ; sa fille est d'ailleurs en bon état.

21 mai. — Poids 7.580 grammes.

6 août 1905. — L'enfant à huit dents et se maintient en bon état. Elle tousse un peu de temps à autre. A l'auscultation, on ne constate qu'une respiration un peu plus rude au sommet droit qu'au sommet gauche, sans caractères spéciaux.

1^{er} octobre 1905. — Poids 9.020 grammes. — L'enfant depuis trois semaines « mange comme ses parents ». C'est pour eux le critérium de la bonne santé.

Avril 1906. — Nous avons appris il y a un mois, qu'elle se portait bien et que M^{me} J... reviendrait d'ici peu à Lariboisière pour accoucher.

OBSERVATION II

Débilité congénitale. — Lymphadénie. — Injections de cacodylate de soude.

Jeanne D... (n^o 164) né le 1^{er} octobre 1904 à sept mois, pesant 1700 grammes est élevée en couveuse, à Lariboisière.

Sa mère, primipare, âgée de vingt-trois ans, n'a jamais été malade et la nourrit au sein.

20 novembre. — Poids 2.250 grammes à la sortie de l'hôpital.

27 novembre. — Poids 2.450 grammes. Augmentation 200 grammes.

27 novembre. — Léger érythème fessier.

11 décembre. — Poids 2920 grammes soit + 470. Moyenne + 30 grammes. L'enfant prend le sein toutes deux heures et demie, et non plus toutes les deux heures.

23 décembre. — On constate chez l'enfant, dans la région parotidienne gauche, une tuméfaction ayant le volume d'une noix, de consistance molle, mal limitée, ne paraissant aucunement douloureuse à la pression. Les téguments superficiels ne sont pas enflammés. Il existe un petit ganglion préauriculaire du même côté. Rien du côté du rhino-pharynx.

A la consultation de rhino-laryngologie, où M. Bonnaire prie qu'on examine l'enfant, on ne fait pas de diagnostic net; on pense à la syphilis. L'enfant frappe aussi par sa pâleur. M. Deraigne, interne du service, veut bien faire l'examen du sang. Il trouve :

Globules rouges : 3.000.000.

Globules blancs : 15.000.

Richesse en hémoglobine : 60 o/o.

Nombreux polynucléaires.

24 décembre. — Poids 3.250 grammes. Soit augm. + 330 gr. Moyenne 25 grammes. On fait une première injection de cacodylate (0.005 milligr.).

30 décembre. — Poids 3410 + 160, moyenne 26 grammes.

3 janvier 1905. — Poids 3.500 grammes. Quatrième injection de cacodylate. Poids d'une tétée 60 grammes.

29 janvier. — Poids 4.000 grammes. Augmentation 500 gr.

La mère malade est restée près d'un mois sans amener l'enfant.

La petite tuméfaction paraît plus molle, mais n'a pas changé de volume.

2 février. — Poids avant la tétée 4.000 grammes ; poids après la tétée 4.100 grammes. Septième injection.

4 février. — Poids avant la tétée 4.000 grammes ; poids après 4.090 grammes.

9 février. — Poids 4.300 grammes. Otite séreuse gauche. Rien à signaler dans l'état général.

11 février. — Poids 4.280 grammes. L'enfant a reçu onze injections. Les selles sont bien jaunes. Dans la matinée, elle a eu un petit vomissement glaireux.

14 février. — Poids avant la tétée 4.300 grammes ; poids après la tétée 4.380 grammes.

Douzième injection. Les ganglions sont moins empâtés et moins volumineux.

L'enfant est bien colorée. On juge utile de cesser pendant une quinzaine le cacodylate, et on se propose de faire un nouvel examen du sang. Mais la mère ne peut pas attendre plus longtemps à la consultation et s'en va.

15 mars. — Poids 4.790 grammes. Augmentation 420 grammes, moyenne 14 grammes. Aucun changement depuis la dernière visite. La mère et l'enfant quittent Paris et nous n'avons plus de leurs nouvelles.

L'observation à notre grand regret, s'arrête à l'endroit pour ainsi dire le plus intéressant. Il n'est pas douteux cependant que l'état général s'est amélioré sous l'influence du cacodylate. Une nouvelle détermination de la richesse en hémoglobine et du nombre des globules du sang nous auraient permis

d'établir la balance. Sans constater une diminution de poids, après une série de trois ou quatre injections aussi sensible que dans l'observation précédente, on remarquera néanmoins qu'il reste stationnaire les 2 et 4 février, qu'il devient inférieur de 20 grammes le 11 février ; A notre connaissance, on n'avait pas encore employé le cacodylate chez des enfants aussi jeunes, au moment où nous commençons ces observations : c'est pourquoi nous avons tenu à les relater ici.

Dans le même ordre d'idées, notre maître le Dr Bonnaire a été amené à essayer chez les nouveau-nés d'origine syphilitique le traitement par les injections intra-musculaires du salicylarsinate de mercure, ou enésol, en solution titrée à 0,03 centigrammes par centimètre cube, pensant que l'action spécifique du mercure se trouverait doublée par l'action tonique de l'arsenic.

L'enésol contient 38 o/o de mercure et 14 o/o d'arsenic.

OBSERVATION III

Madeleine P... (n° 167). Fille née à terme, chez une sage-femme agréée de l'hôpital Lariboisière, le 8 novembre 1904, pesant 3.850 grammes.

Nourrie au sein.

Mère âgée de vingt-huit ans, V-pare, ayant contracté la syphilis dans un second mariage, en 1902.

Du premier père, mort tuberculeux, sont issus deux enfants à terme, l'un mort à quatre mois et demi (le premier) et le second à deux ans, l'un et l'autre de méningite.

En mai 1902 et en décembre de la même année, fausses couches de six mois et demi et de quatre mois.

La mère est alors soignée pendant un an par les piqûres d'huile grise.

Elle mène à terme sa cinquième grossesse.

27 novembre 1904. — Poids 3.720 grammes.

4 décembre 1904. — Poids 3.770 grammes.

On fait chaque semaine une piqûre d'huile grise à l'enfant qui paraît cependant indemne de toute tare.

On injecte une division de la seringue spéciale de Barthé-lémy.

11 décembre. — Poids 3.830 grammes. Augmentation 60 grammes. Moyenne 7 grammes.

18 décembre. — Poids 3.890 grammes. Augmentation 60 grammes. Moyenne 7 grammes.

25 décembre. — Poids 4.130 grammes. Augmentation 240 grammes. Moyenne 34 grammes.

15 janvier 1905. — Poids 4.470 grammes. Augmentation 340 grammes. Moyenne 14 gr. 5.

22 janvier 1905. — Poids 4.570 grammes. Augmentation 100 grammes. Moyenne 14 grammes.

2 février. — Poids 4.660 grammes. Augmentation 90 grammes. Moyenne 8 grammes.

Depuis deux jours, l'enfant a deux ou trois selles vertes, liquides, par jour. Ce matin elle a vomi ; la mère a craint les convulsions.

5 février. — Poids 4.550 grammes. Différence 110 grammes.

L'enfant a un abcès superficiel à la fesse gauche, à l'endroit d'une piqûre. Elle semble abattue.

6 février. — On pèse une tétée : l'enfant ne prend que 70 grammes en vingt-deux minutes.

9 février. — Poids 4.500 grammes. Différence 50 grammes. Les vomissements reparaissent, composés de lait caillé et de glaires. Les selles sont jaunes avec des grumeaux. L'enfant est abattue. On fait la première injection de cacodylate, et en même temps 25 grammes de sérum caféiné. On pratique aussi un lavage d'estomac.

10 février. — Poids 4.500 grammes. Selles jaunes, sans grumeaux, mydriase. Pas de raideur de la nuque. Pas de signe de Kernig. Pas de température. Cacodylate.

11 février. — Poids avant la tétée 4.530 grammes; poids après la tétée 4.580 grammes; troisième injection.

12 février. — Poids 4.500 grammes. Différence 80 grammes. Cette diminution, coïncidant encore avec la troisième injection de cacodylate, ne peut manquer de nous frapper.

On commence alors l'énésol (deux divisions de la seringue de Pravaz, soit un cinquième de centimètre cube).

14 février. — Poids 4.565 grammes, deuxième injection d'énésol.

16 février. — Poids 4.545 grammes, troisième injection d'énésol.

18 février. — Poids 4.480 grammes, quatrième injection d'énésol.

20 février. — Poids 4.505 grammes avant la tétée, 4.550 gr. après, cinquième injection d'énésol.

Depuis la veille, on donnait déjà trois biberons de 30 grammes en supplément. Comme le poids ne progresse pas, et que la constipation persiste, on arrive à six biberons de 30 grammes.

22 février. — Poids 4.560 grammes, sixième injection un quart de seringue.

26 février. — Poids 4.660 grammes. Augmentation 100 grammes.

5 mars. — Poids 4.870 grammes. L'enfant vient de prendre 100 grammes à la tétée. Dans les vingt-quatre heures, comme supplément trois biberons de 60 grammes, septième injection d'énésol, puis repos.

12 mars. — Poids 4.950 grammes. Augmentation 150 grammes. Moyenne 21 grammes. Aucun changement à l'alimentation.

19 mars. — Poids 5.150 grammes. Augmentation 200 grammes.

26 mars. — Poids 5.250 grammes. Augmentation 100 grammes.

9 avril. — Poids 5.650 grammes. Augmentation 400 grammes. Moyenne 33 grammes.

Même « coup de fouet ». Par contre le 16 avril, le poids reste stationnaire.

La mère nous apprend que depuis trois jours elle a été obligée de donner en supplément trois biberons de 100 grammes.

22 avril. — Poids 5.440 grammes. Selles jaunes, mélangées de parcelles vertes.

Un vomissement. Il y a eu suralimentation probable, huitième injection d'énésol (une demi-seringue).

30 avril. — Poids 5.720 grammes. Augmentation 280 grammes.

7 mai. — Poids 5.950 grammes. Augmentation 230 grammes. Moyenne 28 gr. 7.

Sein toutes les trois heures et 200 grammes de lait stérilisé réparti en quatre ou cinq biberons dans le courant de la journée, principalement l'après-midi.

14 mai. — Poids stationnaire.

21 mai. — Poids 6.250 grammes ; augmentation 230 grammes ; moyenne 38 gr. 8.

28 mai. — Poids 6.420 grammes ; augmentation 230 grammes ; moyenne 38 gr. 8.

18 juin. — Poids 6.630 grammes ; enfant en bon état, 2 dents.

2 juillet. — Poids 6.800 grammes.

30 juillet. — Poids 6.950 grammes.

27 août. — Poids 7.280 grammes ; augmentation 330 grammes ; moyenne 11 grammes.

24 septembre. — Poids 7.870 grammes. D'après les renseignements que nous donne la mère, l'enfant se contente maintenant de deux biberons supplémentaires de 100 grammes et d'une bouillie.

1^{er} octobre. — 8.100 grammes.

7 octobre. — 7.980 grammes ; différence 120 grammes.

La mère sèvre complètement l'enfant. Pendant tout le temps qu'elle l'amenait à la consultation, elle a suivi elle-même, d'une façon régulière, son traitement à l'huile grise. On constate, au mois d'octobre, une grossesse de trois mois et demi environ. Le 2 avril, nous avons revu à Lariboisière M^{me} P., donner naissance à une fille pesant 4.325 grammes.

OBSERVATION IV

Eczéma héréditaire

Jean T... (n° 140). Enfant né à terme le 14 octobre 1904, pesant 3.080 grammes. Nourri au sein par la mère, primipare âgée de vingt-deux ans.

Le développement de l'enfant est régulier et normal jusqu'au mois de mars. A ce moment apparaît au cuir chevelu une plaque d'eczéma de l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Le 6 mars, voyant qu'il n'y avait aucun défaut dans le mode d'alimentation, M. Deval, interne en pharmacie du service, fit à notre demande une analyse de lait. Les résultats furent les suivants :

Beurre.	30 gr. 20
Caséine.	12 gr. 50
Lactose.	75 »

La mère ne donne que six tétées par jour. Les selles sont normales, et l'enfant n'a pas la moindre trace d'érythème sur le restant du corps.

Nous faisons appliquer des cataplasmes de fécule de pomme de terre, à froid, toutes les trois heures, sur le cuir chevelu, pour faire tomber les croûtes, puis de la pommade à l'oxyde de zinc.

30 avril 1905. — L'eczéma a gagné tout le cuir chevelu et envahi la face. Aucun trouble digestif. Aucune éruption d'origine dentaire. Le Dr Darier veut bien examiner l'enfant que

nous lui adressons à sa consultation externe de la Pitié. Il fait le diagnostic d'eczéma héréditaire et prescrit le traitement suivant :

1° Sous-nitrate de bismuth, 20 centigrammes, pour un paquet n° 30. Trois par jour ;

2° Matin et soir, lavages à l'eau d'Alibour ;

3° Appliquer en permanence la pommade suivante :

Lanoline.	5 grammes.
Vaseline.	10 »
Eau de laurier-cerise.	} à 7 »
Eau de roses.	
Ichtyol.	60 centigrammes.

10 mai. — Le cuir chevelu est presque totalement guéri. Il reste au front un placard que l'enfant égratigne souvent.

4 juin. — Desquamation furfuracée du front et de la joue gauche.

Lésions de grattage.

La mère commence à sevrer l'enfant, dont la courbe de poids ne s'est à aucun moment écartée de la courbe moyenne.

Les circonstances ne nous ont pas permis de transcrire ici d'autres observations sur l'étude des différents laits de femme, commencée depuis cette année par M. Bonnaire et M. Deval, préparateur adjoint au laboratoire de thérapeutique de la Faculté.

La composition de ces laits, leur modification sous l'influence d'un régime approprié fera l'objet d'un autre travail.

CONCLUSIONS

I. — Toute consultation de nourrissons est une œuvre instituée pour lutter contre la mortalité infantile, et qui semble tenir le premier rang parmi les œuvres analogues (gouttes de lait, crèches, laiteries philanthropiques, abri de l'enfance, œuvre des layettes, dispensaire, etc.).

II. — L'idée directrice d'une consultation, son but unique est de faire une incessante propagande en faveur de l'allaitement maternel, — de démontrer au point de vue moral, physiologique et social, la nécessité de cet allaitement, — de le rendre réalisable en pratique en enseignant aux mères les notions indispensables pour le diriger avec succès et le mener à bien.

III. — L'influence exercée à ce sujet et les résultats obtenus sont des faits indiscutables. Sans méconnaître les chiffres cités par d'autres auteurs, nous rappellerons qu'à la consultation de la maternité de Lariboisière l'allaitement au sein est représenté dans la proportion de 77,8 o/o, l'allaitement mixte atteint 10,2 o/o et l'allaitement artificiel 11,9 o/o.

IV. — Cette consultation est réduite à sa plus simple expression et partout il est possible d'organiser une œuvre analogue, dont l'installation maté-

rielle laisserait même beaucoup moins à désirer. A Lariboisière, il n'y a pas de distribution de lait stérilisé ou de layettes, de vivres ou de médicaments ; on n'y a jamais remis aux femmes qui allaitaient des récompenses pécuniaires, destinées à permettre ou à encourager « l'éclosion des sentiments maternels ».

V. — Le nombre des enfants inscrits et surveillés (538) est bien loin du nombre que nous étions en droit d'espérer, eu égard au chiffre des naissances (3.730).

Ce pourcentage de 14 0/0, inférieur à ceux indiqués par MM. Boissard et Duvé pour la consultation de l'hôpital Tenon (18 0/0 en 1902 ; 27,8 0/0 en 1903) a l'avantage de prouver, à notre avis, ce que l'on peut faire en s'adressant exclusivement à l'amour-propre, à l'intelligence et surtout aux cœurs des mères.

VI. — Le choix du dimanche comme jour de consultation permet de surveiller un plus grand nombre de mères et d'enfants (nourrices occupées dans les ateliers, — enfants déposés aux crèches pendant la semaine) ; — il permet aussi de faire profiter un plus grand nombre d'étudiants de cet enseignement spécial, suivant le vœu du Dr Marfan.

Vu : Le Président de la thèse :

P. BUDIN

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

Pour le Vice-Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie,

FONTENÉ

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAND (H.). — Ration alimentaire du nourrisson au sein (Th., Paris, 1904, tome I, n° 160).
- AUSSET. — Hygiène alimentaire du nourrisson (Pédiatrie pratique, 1^{er} mai 1903, n° 1).
- BAR (P.). — Intolérance d'un nourrisson pour le lait de femme et remarques sur l'intolérance que manifestent quelques enfants pour certains laits (Bullet. de la Soc. d'obstétrique, 23 avril 1903, p. 189).
- BARDON. — Des composés mercuriaux employés en injections hypodermiques. Etude critique et comparative (Th., Paris, 1902-1903, tome III, n° 75).
- BENDELAC de PARIENTE. — Des tares observées chez les rejetons des mères tuberculeuses (Th., Paris, 1901-1902, tome II, n° 413).
- BENOIST. — La médication cacodylique dans la thérapeutique infantile (Tuberculose et chorée). Th., Paris, 1900.
- BIEHLER (M^{me} Matylda). — Les injections sous-cutanées d'arsenic chez les enfants (Kronika lekarska, 15 oct. et 1^{er} nov. 1904, cité in Semaine médicale, 18 janvier 1905, n° 3, p. 28).
- BINET (A.). — L'allaitement maternel considéré spécialement au point de vue des difficultés sociales (Th., Paris, 1901-1902, tome IV, n° 9).
- BLANCHET (J.). — Contribution à l'étude de la syphilis chez

les nouveau-nés (Th., Paris, 1901-1902, tome IV, n° 435).

BOISSARD et DÉVÉ. — La consultation de nourrissons à l'hôpital Tenon en 1903 (Annales de la Soc. obstétricale de France, 1904, p. 199 et suiv.).

BOIVIN. — Etiologie et traitement de l'eczéma du nourrisson (Th., Paris, 1902-1903, IV, 357).

BRESSET. — Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel (Annales de gynécologie, juin 1902, p. 413).

BRETON. — Note sur le salicylarsinate de mercure (Enésol). (Gaz. des Hôpitaux, juillet 1904, n° 79, p. 784).

BRIENS. — Quelques considérations invoquées pour supprimer l'allaitement au sein (Th., Paris, 1901-1902, tome VII, 463).

BUDIN (P.). — Le Nourrisson (Paris, Douin, 1900).

— De la puériculture après la naissance (Obstétrique, 15 sept. 1900).

— Des moyens de combattre la mortalité infantile. (Revue philanthropique, 10 janvier 1902).

BUDIN (P.). — Les consultations de nourrissons (Obstétrique, mai 1902).

— La mortalité infantile de 0 à 1 an. Rapport fait à la Commission de dépopulation (Obstétrique, janvier 1903, p. 31).

— Rapport sur les règles à suivre dans l'alimentation du premier âge. Congrès d'hygiène de Bruxelles, septembre 1903, p. 9.

— Les consultations de nourrissons, Conférence faite à la Société de l'internat le 23 février 1905, Paris, Doin.

BUE (V.). — Comment installer une consultation de nourris-

sons à la ville, à la campagne (Presse médicale, 23 août 1905, n° 67).

CABOCHE. — Etude comparée des différents composés arsenicaux (Th., Paris, 1903-1904, t. VII, 589).

CAMESCASSE. — Un des méfaits du lait stérilisé (Société de thérapeutique, 23 avril 1902).

CAREL. — Le lait stérilisé. Résultats obtenus par son emploi au moment du sevrage, dans l'allaitement mixte, dans l'allaitement artificiel chez les nourrissons de la classe ouvrière à Paris (Travail de la consultation des nourrissons des dispensaires des écoles du XVII^e arrondissement).

— Le laboratoire municipal et l'allaitement maternel, ou les conséquences imprévues d'une analyse de lait (Presse médicale, 21 mars 1906, p. 177).

CAYLA. — Alimentation et hygiène des enfants (Th., Paris, 1902).

CHASSAGNE. — Etude sur le traitement de la syphilis chez le nouveau-né. Injections intra-musculaires de sels solubles de mercure (Th., Paris, 1903-1904, t. IX, 368).

CLÉNET. — Contribution à l'étude de l'eczéma chez l'enfant (Th., Paris, 1904, t. X, 344).

COIGNET. — Un nouveau sel mercuriel soluble, injectable : le salicylarsinate de mercure (Société nationale de médecine de Lyon, 30 mai 1904. Lyon médical, 5 juin 1904).

COLOMBANI. — Essai d'étude sur les accidents de la suralimentation (Th., Paris, 1903, IX, 238).

COMBE. — L'auto-intoxication intestinale (Arch. de médecine des enfants, novembre 1903).

- CORNU. — Sur quelques cas d'intolérance des nourrissons pour le lait de femme (Th., Paris, février 1906).
- COURTOIS-SUFFIT. — La médication arsénicale.
- DAUSSY. — Ration alimentaire du nourrisson élevé artificiellement de un à sept mois (Th., Paris, 1904, XII, 404).
- DESFOSSÉS. — La question du lait (Presse médicale, 11 septembre 1902).
- DESJEUX. — Alimentation par le lait cru chez l'enfant à l'état de santé et à l'état de maladie (Th., Paris, 1904).
- DEVAL. — Les variations de la composition du lait de femme. (Presse médicale, 1905, n° 93, p. 749).
- DÉVÉ (Ch.). — Réflexions critiques sur la puériculture (Th., Paris, 1903).
- La consultation de nourrissons à l'hôpital Tenon. (Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 19 février 1903, p. 40).
- DEVRAIGNE. — Les consultations de nourrissons (Presse médicale, 21 octobre 1905).
- DUHOT. — L'avortement de la syphilis par le traitement intensif (Presse médic., 28 avril 1906, p. 275).
- DUNÈME. — Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein chez les mères nourrices de la classe ouvrière à Paris (Th., Paris, 1902, t. XV, p. 285).
- DUREY. — Contribution à l'étude de la ration alimentaire des nourrissons atrophiques (Th., Paris, février 1906).
- ELY. — De quelques causes de dépérissement chez les enfants du premier âge (Th., Paris, 1904, XVI, 60).
- FATOUT. — Des troubles produits chez les nourrissons par la suralimentation (Th., Paris, 1904, XVII, 25).

- FLOUR. — Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel (Th., Paris, mai 1906).
- GASSE. — L'École des mères (Th., Paris, mars 1906).
- GASTOU. — Syphilis héréditaire et hérédité syphilitique. (Presse médicale, 28 avril 1906, p. 275).
- HABAR. — Etude clinique sur la médication cacodylique chez les enfants (Th., Paris, 1901, XXVII, 592).
- HEUBNER. — Le bilan de nutrition du nourrisson (Zeitsch. f. diatet. u. physik. therap. V. 1, in Sem. médic., 1901, p. 308).
- INDA. — Des dangers de la suralimentation chez le nourrisson. (Th., Paris, 1905, XXIII, 442).
- ISAY. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse par l'huile grise (Th., Paris, 1903, XXIII, 217).
- JOUKOWSKY. — Un nouveau signe de syphilis héréditaire (Presse médic., 1906, n° 20, p. 159).
- JUILLET. — Contribution à l'étude des selles blanches chez le nourrisson (Th., Paris, 1905, XXIV, 268).
- KEIM. — Du traitement du nouveau-né issu de syphilitiques et sans syphilis apparente (Ann. Soc. obstétricale, 1904, p. 145).
- LABBÉ. — La question du lait (Presse médicale, 8 août 1902).
- LAISNEY. — De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes (Th. Paris, 1903, XXVI, 168).
- LEMARIE. — Ration alimentaire du nourrisson à l'époque du sevrage (Th., Paris, 1904, XXVIII, 343).
- LEULLIER. — De l'eczéma arthritique chez l'enfant et spécialement chez le nourrisson (Th., Paris, 1901).
- LÉVY-BING. — Les injections mercurielles intra-musculaires dans la syphilis (Th., Paris, 1903, XXX, 126).

- LOQUIN. — Contribution à l'étude clinique du salicylarsinate de mercure (enésol) (Th., Lyon, 1905, citée in Presse médicale, 10 mars 1906).
- LOYER. — Les émotions morales chez les nourrices et leur retentissement sur le nourrisson (Th., Paris, 1904).
- MARFAN. — Traité d'allaitement (2^e édition. Paris, Steinheil, 1903).
- MARTINET. — Les médicaments usuels (Historique du cacodylate, Son emploi chez l'enfant, p. 8 et 15, 2^e édition. Paris, Masson, 1906).
- MAUREL. — Hygiène alimentaire du nourrisson (Paris, Doin, 1903).
- MAYGRIER. — La consultation de nourrissons de la Charité (Obstétrique, 15 mai 1901 et Ann. Soc. obstétricale de France, 1901, p. 272).
- Les consultations de nourrissons (Œuvre médico-chirurgicale, n° 35. Paris, 1902. Masson).
- Six années de pratique d'une consultation hospitalière de nourrissons (Ann. Soc. obstétricale, 1904, p. 216).
- MÉRY. — Les crèches de nourrissons dans les hôpitaux d'enfants (Presse médicale, 1906, n° 2, p. 10).
- MESNIL. — Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant. Etude clinique (Th., Paris, 1903).
- MICHEL. — Digestibilité du lait cru et du lait stérilisé (Obstétrique, 15 janvier 1896).
- MION. — De l'importance d'une direction médicale dans l'allaitement au sein (Th., Paris, décembre 1905. Analysée in Médecin praticien, n° 7, p. 74).
- MOUNEYRAT. — De la médication arsénicale (Th., Paris, 1902).

NETTER. — Chimisme gastrique chez les nourrissons nourris au lait stérilisé.

ODINET. — Contribution à l'étude de la médication cacodylique (Th., Paris, 1901).

PERRET et PLANCHON. — Etablissement de la courbe de poids des nourrissons pendant la seconde année (Ann. Soc. obstétricale, 1904, p. 71).

PEYROUX. — Consultations de nourrissons et gouttes de lait (Sem. médicale, 24 décembre 1902, p. 421).

PHILIPPET. — Les prétextes invoqués contre l'allaitement maternel (Th., Paris, 1903).

PLANCHON. — Durée de l'allaitement au sein (Obstétrique, 15 mai 1902).

QUILLIER. — L'eczéma des nourrissons (Th., Paris, 1902, XLI, 68).

RENAUT (de Lyon). — Action thérapeutique du cacodylate de soude (Communic. à l'Académie de Médecine, séance du 30 mai 1899).

ROBIN. — Etude sur la syphilis infantile (Th., Paris, 1903).

ROCHON. — Importance du lait naturel (Th., Paris, 1903).

RONGIER. — L'anémie des nourrissons dyspeptiques (Th., Paris, 1902).

ROTHSCHILD (H. de). — Traité d'hygiène et de la pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge (Paris, Doin, 1904)

— Troubles digestifs provoqués par l'excès en beurre du lait de la nourrice (Bullet. de la Soc. d'Obstétrique, 23 avril 1903, p. 201).

ROUX (M.-J.). — De l'emploi rationnel des farines dans l'ali-

- mentation des nourrissons (Paris, Rousset, 1906 et in Presse médicale, 1906, n° 3, p. 20).
- SALAS. — La constipation chez les nourrissons (Th., Paris, 1905).
- SAINT-YVES MÉNARD. — Des meilleures conditions d'alimentation des enfants du premier âge en dehors de l'allaitement au sein (Soc. Médecine et Chirurgie pratiques, juin 1892).
- SCHWAB. — De la fièvre chez les nouveau-nés syphilitiques (Ann. Soc. obstétricale, 1904, p. 148).
- SCHWAB et LÉVY-BING. — Injections mercurielles solubles (In Presse Médicale, 31 octobre 1903).
- Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — Doit-on continuer l'allaitement par le lait stérilisé ? (13 janv., 25 fév., 17 avril 1902).
- TAYLOR (R.-W.). — La syphilis héréditaire (New-York Medic. Journal, 3 février 1906, n° 1413, p. 224-232, et in Presse Médicale, 4 avril 1906, p. 216).
- TERRIEN (Eug.). — Procédé pratique permettant d'apprécier rapidement l'état de croissance d'un jeune enfant (Médecin praticien, 20 novembre 1905).
- Procédé pratique permettant d'établir rapidement les quantités de lait que doit recevoir un nourrisson de développement normal (Médecin praticien, 5 janvier 1906).
- VARIOT. — Conférence sur l'allaitement maternel (Revue philanthropique, 10 décembre 1902).
- VARNIÈRE. — Hygiène des nourrissons du premier âge en Seine-Inférieure (Th., Paris, 1905).
- VERDÉ-DELISLE. — Indication des quantités de lait à donner

dans l'allaitement artificiel des nourrissons âgés de
cinq mois à deux ans (Th., Paris, 1905).

VIEUBLED. — Lait stérilisé et rachitisme (Th., Paris, 1902).

Voix. — De l'allaitement mixte (Th., Paris, 1903).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — INTRODUCTION.....	7
II. — <i>Coup d'œil général sur l'utilité des consultations de nourrissons</i>	13
1° Avant la consultation.....	14
2° Après la consultation.....	17
III. — <i>La consultation de nourrissons de la Mater- nité de Lariboisière</i>	21
1° Historique.....	21
2° But de la consultation.....	23
3° Pourquoi la consultation a lieu le dimanche.	25
4° Installation et fonctionnement.....	29
5° Pourquoi il n'y a pas de distribution de lait stérilisé.....	36
6° Statistique de la consultation.....	42
IV. — OBSERVATIONS.....	53
V. — CONCLUSIONS.....	69
VI. — BIBLIOGRAPHIE.....	71